

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

497

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 19 Juillet à 1 heure de l'après-midi

ORCHITE DES PROSTATIQUES

(ANATOMIE PATHOLOGIQUE)

PAR

M. FORGEOT

Président : M. JOFFROY,
GILBERT.

Juges } MM. VAQUÉZ,
DUPRÉ.

{ *Professeurs.*

{ *Agrégés*

PARIS

IMPRIMERIE HENRI JOUVE

15, Rue Racine,

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. DEBOVE.
Professeurs.....	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	RECLUS.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
Clinique médicale	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	LANDOUZY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses.....	GRANCHER.
Clinique chirurgicale.....	GAUCHER.
Clinique ophtalmologique.....	JOFFROY.
Clinique des voies urinaires.....	RAYMOND.
Clinique d'accouchements.....	TILLAUX.
Clinique gynécologique.....	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile.....	TERRIER.
	BERGER.
	Dr de LAPERSONNE.
	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGUEU.	THIROLOIX.
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THOINOT.
BESANÇON.	TOURETTE.	MARION.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MERY.	WALTHER.
BROCA André.	GUIART.	POTOCKI.	WIDAL.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	RENON.	WURTZ.
CUNEO.	JEANSELME.	REMY.	
DEMELIN.	LANGLOIS.	RICHAUD.	
DESGREZ.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DUPRÉ.	LEGRY.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ÉPOUSE

A MA SOEUR

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le PROFESSEUR JOFFROY

Médecin de l'Asile Ste-Anne,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION

Notre but en étudiant l'orchite des prostatiques n'est pas de décrire une variété nouvelle, mais simplement de confirmer ce qui a été dit précédemment par certains auteurs, à savoir que l'orchite par cathétérisme n'est pas toujours synonyme de l'orchite urethrale.

Nous nous sommes surtout attaché à étudier l'anatomie pathologique, macroscopique et microscopique, des lésions funiculo-orchio-épididymaires ayant leur origine dans une affection aiguë ou chronique de la prostate.

Néanmoins avant d'étudier l'anatomie pathologique nous avons cru devoir retracer brièvement l'histoire clinique de l'orchite des prostatiques.

Mais nous ne saurions oublier que ce sujet nous a été inspiré par M. le docteur Guépin, chef du service des voies urinaires, à l'hôpital Péan ; nous le prions d'accepter ici le témoignage de notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés. Nous remercions M. Basquet, interne à l'hôpital Péan et membre correspondant de la Société anatomique pour les précieux renseignements qu'il a bien voulu mettre à notre disposition et que nous avons reproduits dans notre travail.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous nous faisons un devoir d'adresser l'expression de notre grati-

tude à nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, M. le professeur Gilbert, M. le professeur agrégé Campenon, M. le professeur agrégé Letulle, M. le professeur agrégé Auvard. Nous leur exprimons notre vive gratitude pour leurs savantes leçons et la bienveillance avec laquelle ils nous ont toujours accueilli dans leurs services.

Nous nous faisons aussi un devoir d'adresser l'expression de notre gratitude à M. le docteur Leroux, médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine, pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Monsieur le professeur Joffroy a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de croire à tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait.

DÉFINITION

D'après Guépin et Lozé (1), il faut entendre par orchite les prostatiques « l'ensemble des accidents inflammatoires funiculo-orché-épididymaires ayant leur origine dans une affection aiguë ou chronique de la prostate ».

Cette définition serait incomplète si elle n'était suivie de celle du mot « prostatique » et si l'on n'envisageait pas les différentes catégories de malades auxquelles on peut appliquer cette épithète.

Non seulement les vieillards, mais aussi des hommes d'âge mûr ou même des jeunes gens atteints de prostatite chronique peuvent encore être dits prostatiques. Les conditions dans lesquelles se présentent leurs appareils glandulaires au point de vue de l'infection (2) sont presque identiques en effet, à celles du vieillard atteint d'hypertrophie sénile. Si l'on ne remarque pas chez eux la sclérose périglandulaire, on trouve cependant la prostate augmentée de volume (3), distendue par des sécrétions muco-purulentes, parfois sanguinolentes que la pression

(1) Guépin et Lozé. Revue générale de la *Gazette des Hôpitaux*, 19 fév. 1893.

(2) A. Guépin. Le foyer prostato-génital. *Trib. médicale*, 28 oct. 1896,

(3) Bouilly. Pathologie externe, t. IV, 1895, page 149.

fait soudre par les orifices glandulaires. — Qu'il s'agisse d'un état aigu ou chronique, ils présentent les mêmes troubles urinaires que les vieillards, c'est-à-dire, fréquence et difficulté des mictions, stagnation d'urine et parfois rétention ; car ces troubles urinaires dépendent de la prostatomégalie. Ils peuvent aussi avoir exceptionnellement d'ailleurs, des complications vésicales ou rénales, ainsi que des accidents généraux dus à l'infection.

Voici donc deux groupes de malades placés dans des conditions analogues, mais variables suivant l'âge, la durée des accidents, la fréquence des complications, la curabilité ; variables encore suivant les lésions anatomopathologiques de la prostate et des vésicules : simple dilatation glandulaire avec infection, sclérose périglandulaire au début ou sclérose très accentuée que l'on peut réunir sous la commune dénomination de prostatiques, c'est-à-dire malades dont les glandes du carrefour génito-urinaire, infectées, déversent dans l'urèthre partie ou totalité de leurs sécrétions (1).

L'orchite survenant dans ces conditions, spontanément, ou à l'occasion d'un incident quelconque et insignifiant en apparence, ayant son origine dans une infection de la prostate et de la région prostatique de l'urèthre, est à rapprocher de l'orchite « par effort » et de l'orchite consécutive au cathétérisme et à la lithotritie.

L'orchite par effort, décrite par Terrillon (2) Castex (3),

(1) A. Guépin. Orchite des prostatiques, *Trib. méd.*, 26 fév. 1896.

(2) Terrillon. De l'orchite par effort (*Ann. des mal. org. gén.-urin.*), 1885, p. 230.

(3) Castex. De l'orchite par effort (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*), 1891, p. 558.

Guillet (1) est même directement assimilable à l'orchite des prostatiques. La contusion du testicule n'est en réalité que la cause apparente ; l'infection de l'urèthre profond en est la cause efficiente.

L'orchite consécutive au catheterisme étudiée par Pilven (2) et basée sur les travaux de Velpeau (3), Boyer (4), Leroy d'Etiolles (5), Civiale, Philips, Curling (6), Mondèle (7), Smyterre (8), Mickaniewsky (9), etc ; n'a que des rapports moins évidents avec l'orchite des prostatiques ; car le canal peut être indemne de toute infection et les microbes apportés par un catheterisme septique. Mais comme, à l'heure actuelle il est possible de faire un catheterisme aseptique, l'orchite qui lui succéderait serait vraisemblablement une orchite prostatique.

Quant à l'orchite de la lithotritie, elle peut être suffisamment expliquée par le traumatisme et les germes pouvant être introduits avec l'instrument, elle serait donc difficilement identifiée à la variété que nous nous proposons d'étudier.

Enfin l'orchite des prostatiques peut être différenciée facilement par sa symptomatologie de l'orchite uréthrale type consécutive à une uréthrite franche (blennorragie) et de l'orchite de cause générale (oreillon, fièvre typhoïde).

(1) Guillet. Pseudo orchite par effort. *Ann. mal. org. gén.-ur.*, 1889, p. 673.

(2) Pilven. Th. Paris, 1884.

(3) Velpeau. Dict. en 30 vol. article *Testicule*, p. 464.

(4) Boyer. Traité des maladies chirurgicales 1826, p. 118.

(5) Leroy (d'Estiolle). Des Augustins, 1843, p. 390.

(6) Curling. Maladies du Testicule. Traduction Gosselin, 1857, p. 227.

(7) Mondèle. Thèse Paris 1857.

(8) Smyterre. Thèse Paris 1853.

(9) Mickaniewsky. Thèse Paris, 1879.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

L'histoire de l'orchite des prostatiques peut être divisée artificiellement en 4 périodes.

Dans la première, ou période d'observation, on a bien vu tous les symptômes de l'orchite, mais la confusion la plus absolue existe quant à son interprétation. On met alors en cause les méfaits du cathétérisme, ou d'un traumatisme, ou bien l'on a recours à la théorie de l'effort ou du spermatocèle. Telles sont les idées exposées par Smyterre, Vidal, Fabrice de Hilden, Aug. Berard, Astley Coofer, Mondèle, Mickaniewsky.

Dans la deuxième période se trouvent exposées les diverses catégories pathogéniques de l'orchite. Pilven (1) en 1884, apporte de l'ordre dans la question et discute les opinions de Velpeau, Christian Smith, Roux (2) Mauriac (3) sur la propagation et la métastase ; de Langlebert sur le mécanisme réflexe ; de Civiale, Gosselin et Després sur le spermatocèle ; et enfin la théorie de la lymphan-

(1) Pilven. De l'orchite consécutive aux passages d'instruments dans le canal de l'urèthre. Thèse Paris, 1884.

(2) Roux. Dict. en 30 vol., art. Testicule, page 436.

(3) Mauriac. Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchite-épididymite, etc.. *Gaz. méd. de Paris*, 1869 et 1870.

gite funiculaire, de la congestion, de la phlébite des veines du cordon.

La troisième période est marquée par les travaux de Duplay (1) et Follin, Delorme (2), Castex (3), qui font de l'orchite dite par effort, une orchite liée à l'existence d'une urétrite profonde méconnue et a des états sublinflammatoires du col vésical et de la prostate. Un peu plus tard Guelliot (4) défend les mêmes idées en admettant que les contractions brusques du cremaster ont une action favorable sur le développement de l'orchite par effort. Enfin Macaigne et Vauverts (5) abordent la bactériologie des orchites non blennorragiques en particulier. Toutefois ces travaux n'admettent qu'une infection de la surface de l'urèthre profond.

Dans la 4^e période, c'est-à-dire dans la période actuelle, on localise l'infection dans la profondeur des glandes de la prostate et des vésicules séminales. C'est Reliquet (6), qui le premier émit la conception actuelle de l'orchite des prostatiques. Il démontra que l'infection des voies génitales succédait ordinairement à la stagnation des sécrétions dans la prostate et les vésicules. Depuis cette époque la question a été reprise par Guépin (7) et par Lozé (8).

(1) Duplay et Follin. *Path. externe*, 1838, t. VII, p. 277.

(2) Delorme. *De l'orchi-épididymite prétendue par effort*. Th. Paris, 1877.

(3) Castex. *De l'orchite par effort*. *Ann. mal. org. gen. urin.*, 1891, p. 558.

(4) Guelliot. *Pseudo-orchite par effort*. *Un. méd. et scientifique du N.-E.*, juillet 1889.

(5) Vauverts. *Ann. mal. org. gen. urin.*, 1896, p. 673.

(6) Reliquet. *Leçons sur les maladies des voies urinaires*, 1885.

(7) Guépin. *Orchite des prostatiques*. *Trib. méd.*, 26 fév. 1896.

(8) Lozé. *Thèse*, Paris, 1887.

ETIOLOGIE

La cause primordiale de l'orchite est l'infection de l'urèthre profond et plus exactement de la prostate et des vésicules séminales, Or cette condition est surtout fréquente chez les vieillards aux deux premiers stades de l'évolution de la prostate senile alors que les glandes dilatées ne sont pas encore complètement sclérosées, car au troisième stade la sclérose est absolue. Elle est également fréquente chez les sujets atteints de prostatite subaiguë ou chronique ; on la retrouve assez souvent chez les jeunes.

De quelle nature est l'infection dans l'orchite des prostatiques et quels sont les microbes que l'on peut y rencontrer ? Il est encore impossible de se prononcer, les auteurs s'étant surtout occupés de la bactériologie de l'orchite blennorragique vraie. Il faut cependant rappeler les conclusions de Sée (1), Erraud et Hugounencq (2) tout en faisant remarquer qu'il ne faut peut-être pas les généraliser.

(1) Sée. Le gonocoque. Th. Paris, 1896.

(2) Erraud et Hugounencq. Sur un microbe pathogène de l'orchite blennorragique. Acad. des Sciences, 1893.

D'après Eraud et Hugounencq, l'agent pathogène ordinaire serait un micro-organisme spécial, saprophyte normal de l'urèthre, qu'ils ont appelé orchicoque. D'après Sée le gonocoque devrait être souvent incriminé, parfois peut-être ses toxines (Jadassohn), mais plus habituellement le diplocoque lui-même (Routier (1), Finger, Macaique et Vauverts ont signalé le streptococcus pyogènes, le micrococcus pyrogénés aureus, le diplococcus subflavus, le micrococcus ceruleus albus, les pseudo-gonocoques analogues à l'orchicoque, la bactérie isolée, la bactérie pyogène, dans des orbites succédant à des uréthrites non gonococciques.

Legrain et Legay (2) ont trouvé le bacillus zopfii et un microcoque, le microcoque orangé de l'urèthre micrococcus ascarius de Doyen, ou microcoque n° 2 décrit par Petit et Wassermann dans l'urèthre normal. Les microbes spécifiques comme celui de la tuberculose n'ont jamais été rencontrés, sauf dans des orchites spécifiques (Mickaniewski).

Parmi les causes prédisposantes à l'orchite, citons le lymphatisme (Reliquet), le rhumatisme, la goutte et peut-être la syphilis.

Mais il ne suffit pas de savoir quel est le terrain propre à l'évolution des accidents, on doit connaître encore les modifications locales et les conditions favorables à l'éclosion des phénomènes infectieux et à leur propagation

(1) Routier. Orchite blennorragique suppurée. *Médecine moderne*, 14 juillet 1895.

(2) Legrain et Legay. Sur un cas d'uréthrite sans gonocoque avec complication d'épididymite. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.* 1891, p. 141.

Or la condition favorable à l'infection de la prostate est la stagnation des sécrétions dans les glandes génitales (prostate et vésicule : cette stagnation se produit quand l'orifice des canaux excréteurs est obstrué ou quand les muscles expulseurs perdent de leur puissance. Cette stagnation se complique ordinairement d'hypersécrétion, puis consécutivement de dilatation glandulaire d'abord curable, puis définitive par transformations fibreuses des parois glandulaires. En outre, cette dilatation glandulaire s'accompagne d'un état congestif local et périphérique, qu'aggrave encore la stagnation d'urine due à la prostatomégalie et à la difficulté des selles.

Les causes occasionnelles comme le cathétérisme, l'effort, le traumatisme léger, n'auront donc qu'une faible importance et le microbe lui-même, gonocoque ou autre, tout en étant indispensable, ne jouera parfois qu'un rôle secondaire. Les lésions tuberculeuses ou cancéreuses des glandes du carrefour génito-urinaires agissent de même en préparant un milieu favorable au développement des microbes.

PATHOGÉNIE

Jusqu'ici nous nous sommes occupés des causes déterminantes, prédisposantes et occasionnelles du milieu et du microbe, nous allons maintenant passer en revue les principales théories émises pour expliquer cette forme d'orchite.

1° *Théorie de la propagation*. La théorie de la propagation simple de l'inflammation de l'urèthre au cordon et au testicule, est celle qui semble tout d'abord la plus rationnelle. C'est ce mécanisme qu'avait invoqué Velpeau, qui ajoutait que, lorsque le cordon ne présente pas de gonflement, la muqueuse seule est prise, les autres éléments, restant indemnes. Il dit en outre que l'inflammation peut gagner de proche en proche, au moyen de particules, sans lésions intermédiaires.

Ch. Smith (1) admet la propagation par continuité des tissus — mais dans ce cas le canal déférent est tuméfié antérieurement. — Cullerier se rallie à cette opinion, et, dans le cas où il ne rencontre pas de gonflement antérieur du canal déférent il songe à l'action réflexe.

(1) Ch. Smith. — Précis clinique des affections des voies génito-urinaires chez l'homme. Bruxelles, 1889.

Roux (1), Mauriac, Terrillon et Malessez (2) se basant sur des expériences ne parlent que de propagation.

2^o *Théorie de la métastase.* On a cité aussi la théorie de la métastase qui fait relever l'orchite d'une infection à point de départ uréthro-prostatique et qui a pour elle la cessation de l'écoulement dès que se montre le gonflement du cordon. Cette théorie est aujourd'hui abandonnée comme dénuée de fondement, car si cette affection devait apparaître à la faveur de la métastase, à mesure que le testicule s'enflammerait et augmenterait de volume la prostate devrait guérir, et c'est le contraire qui se passe.

3^o *Théorie réflexe.* Cette théorie n'est pas plus admissible que la précédente.

Pilven admettait que la muqueuse uréthrale est douée d'une vive sensibilité au méat, sous la symphyse et au niveau du col de la vessie. Or, si une irritation est produite au niveau de l'un de ces trois points, elle suffit à produire par sympathie l'inflammation du testicule. Or, nous savons aujourd'hui qu'il n'y a pas d'orchite sans infection.

4^o *Théorie du spermatocèle.* Civiale, Gosselin, Després, Mauriac ont admis cette théorie. Pour eux, lorsque la partie prostatique de l'urèthre devient le siège de phlegmasie, les orifices des canaux déférents sont atteints et les éléments du sperme séjournent, stagnent dans les

(1) Roux. — Dict. en 30 vol. Art. testicule.

(2) Terrillon et Malessez. — Arch. de physiologie, 1880.

voies génitales. Mais cette théorie ne peut être complètement admise, car on sait que le sperme finit par se résorber. Pour qu'il y ait orchite, il faut qu'il y ait infection. La stagnation du sperme ne fait que la favoriser.

3° *Théorie de la lymphangite funiculaire.* Une phlébite des veines déférentielles, ou une lymphangite funiculaire pourraient suffire à expliquer la pathogénie de l'orchite. C'est à cette théorie que se rallie Pilven dans sa thèse. Elles donneraient aussi la raison d'être du gonflement en masse du cordon, des abcès qui se produisent dans le tissu cellulaire ambiant et auxquels Guépin (1), a proposé de donner le nom de périorchite.

Pour Desnos et Minet (2) : « Ou bien l'orchite n'est qu'une manifestation d'un état général, qu'une localisation de l'infection urinaire qui a envahi d'autres organes et en particulier les reins et les voies supérieures, ou bien dans un second groupe de faits l'orchite est due à la propagation de l'infection uréthro-prostatique par la voie déférentielle, souvent à l'occasion d'un cathétérisme, presque toujours en même temps qu'une exacerbation de l'infection prostatique ».

Bassuet (3) se basant sur l'anatomie pathologique d'une pièce qu'il a examinée pense que l'infection, du moins dans le cas particulier, n'a pu se faire par l'urèthre ou le canal déférent, et il incrimine la vie sanguine ou la voie lymphatique, de préférence cette dernière.

(1) Guépin. Périorchite suppurée circonscrite. *Trib. méd.* 19 janv. 1898.

(2) Desnos et Minet. — Etude sur l'orchite des prostatiques. *An. des mal. des org. gén.-urin.*, août 1902.

(3) Quelques considérations sur la pathologie de l'orchite par cathétérisme. *Union médicale du N.-E.*, Avril 1903.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En 1898 Guépin et Lozé écrivaient : Il n'est pas à proprement parler, actuellement possible de faire un chapitre d'anatomie pathologique, les autopsies étant muettes ou à peu près sur les voies génitales quand les sujets succombent à l'infection générale ou à une complication rénale, broncho-pulmonaire, etc. . Et en effet, à part une autopsie de Reliquet (1) l'anatomie pathologique n'avait jamais été faite.

« Reliquet a pu faire l'autopsie d'un sujet qui est mort au commencement de la résolution d'une orchite gauche provoquée par de fausses manœuvres de sonde dans la région prostatique. Le canal déférent était gorgé de pus ; on en trouvait jusque dans les canaux de l'épididyme. Les tissus voisins du canal déférent étaient intacts ; mais ceux qui enveloppaient l'épididyme étaient enflammés. C'était tout à fait un phlegmon du tissu ambiant ».

En août 1902, Desnos et Minet publièrent la première observation complète d'un cas d'orchite chez un prostatique, malade de 67 ans à qui ils ont enlevé le testicule gauche et ses enveloppes moins le scrotum. L'examen

(1) Reliquet et Guépin. Les glandes de l'urèthre, t. 1 p. 230.

macroscopique leur montra : une vaginalité hémorragique à parois peu épaisses, des abcès testiculaires, de l'épaississement des parois épидидymaires et des tissus cellulaires voisins sans suppuration. A l'examen microscopique, ils trouvèrent les tubes séminifères en partie détruits au niveau des abcès et dans les régions voisines entre les tubes, des globules, du pus et des cocci. Au niveau du cul de sac supérieur de la vaginale ils rencontrent des lésions chroniques : épaississement des cloisons fibreuses et de l'albuginée, sclérose des parois des vaisseaux. Dans la vaginale se trouvait une couche fibrineuse avec globules rouges en dépôts énormes : plus en dehors les globules rouges étaient en dépôts plus rares, et tout à fait en dehors, on trouvait l'albuginée avec des leucocytes entre ses faisceaux. Nulle part il n'y a abondance de vaisseaux de néo-formation. Quant à l'épididyme, on y trouve la lumière des vaisseaux de place en place obstruée par le tissu infiltré d'œdème chronique, l'épithélium des canaux a disparu.

L'année suivante, Bassuet présentait à la société anatomique des coupes d'un testicule atteint d'orchite par cathétérisme et publiait un peu plus tard l'anatomie pathologique de ce cas.

Il s'agissait d'un homme de 54 ans à qui le Dr Guelliot fit la castration du côté gauche. L'examen microscopique montrait un testicule de toutes parts adhérent à la vaginale très œdématisée, elle-même très adhérente à la cloison, à ce point qu'elle dut être sectionnée et en par-

(1) Bassuet. Orchite par cathétérisme chez un prostatique. Castration. Anatomie pathologique, *Bull. Soc. anat.*, avril 1903.

tie réséquée avec la vaginale, ce qui permit de voir le testicule droit au cours de l'opération.

Après avoir sectionné la tumeur enlevée, on trouva un scrotum très épaissi ; entre le scrotum et la vaginale, une couche œdémateuse d'une épaisseur variant de 6 à 10 millimètres ; les feuillets de la vaginale étaient soudés l'un à l'autre, et il n'y avait par conséquent pas trace d'épanchement.

L'albuginée était fort épaissie. Le testicule augmenté dans la proportion d'un tiers était le siège de trois abcès : deux à la partie moyenne et le troisième à la partie inférieure. L'épididyme ne pouvait être isolé et formait bloc avec les parties voisines. Les veines du canal déférent sectionné très haut, étaient très flexueuses et très dures, et le cordon tout entier se confondait avec le tissu fibreux péritesticulaire dès 25-30 millimètres au-dessus du testicule. A partir de cet endroit il ne pouvait plus être isolé.

A l'examen microscopique on voyait : 1° *Au niveau du cordon* de l'endactérite chronique très marquée, des leucocytes dans la lumière des veines et quelques nodules inflammatoires périveineux. Le canal déférent était intact.

2° *Au niveau de l'épididyme*, de la sclérose interstitielle marquée, avec intégrité complète des tubes eux-mêmes dont l'épithélium était intact, et pourvu de cils vibratils normaux, dont la lumière était libre de tout élément cellulaire. Il n'y avait en un mot pas trace de pus dans la lumière du canal. Par contre, on rencontrait des leu-

cocytes dans la lumière des veines et il y avait des traînées lymphangitiques périveineuses.

3° *Au niveau du testicule* les tubes séninifères étaient complètement étouffés par la sclérose ou détruits par la suppuration. Il y avait de vastes régions sclérosées avec artérite chronique, au milieu desquelles on trouvait des abcès représentés par des amas considérables de polynucléaires. Rien en ces abcès ne pouvait faire supposer qu'ils étaient tubulaires.

Si nous comparons le cas de Desnos et Minet avec celui de Bassuet nous voyons qu'au point de vue clinique et macroscopique ils se ressemblent beaucoup. La divergence porte uniquement sur ce point que dans le cas de Bassuet les feuilletts de la vaginale étant intimement soudés ne pouvaient renfermer de liquide hémorragique, ce qui s'explique par ce fait que la sclérose était plus avancée que chez le malade de Desnos et Minet. Mais à l'examen microscopique la divergence apparaît beaucoup plus grande. Tout d'abord, et toujours probablement à cause de la sclérose avancée de notre malade, — nous ne trouvons pas trace de tubes séminifères dans le testicule. Ensuite, et c'est un point capital, l'épididyme est absolument sain ; sans doute il est entouré de travées scléreuses. Mais la lumière du canal est intacte, son épithélium est pourvu de cils vibratils très nets, grande différence avec le cas de Desnos et Minet où « les canaux épидидymaires ne sont plus revêtus d'épithélium » et où « leur lumière apparaît de place en place étouffée dans le tissu infiltré d'œdème chronique ». Il en est de même du canal

déférent, qui étant indemne de leucocytes ne contient pas trace de pus. Donc, s'il est vrai de dire que dans certains cas, comme dans celui de Desnos et Minet, l'infection a pu se faire directement de l'urèthre au testicule par le déférent, on ne peut généraliser cette constatation et conclure qu'il doit en être de même dans tous les cas. Il est net en effet que dans l'observation de Bassuet, l'infection qui avait probablement pour point de départ un cathétérisme septique, s'est faite par une autre voie que la voie uréthrale.

A l'appui de cette opinion je rappellerai ici l'observation du Dr Guelliot (1) ayant traité à un malade auquel ce chirurgien avait réséqué les déférents et qui fut cependant atteint ultérieurement d'orchite par cathétérisme. L'infection dans ce cas s'était évidemment faite par une autre voie que le canal de l'urèthre et le canal déférent s'est-elle faite par la voie sanguine ou la voie lymphatique, comme dans le cas de Bassuet, il semble difficile de le dire, néanmoins, les trainées lymphangitiques péri-veineuses observées semblent militer davantage en faveur de la deuxième opinion.

(1) Guelliot. *Bull. Soc. Chir.* Séance du 9 avril 1902.

SYMPTOMES — MARCHE — TERMINAL- SON.

L'orchite des prostatiques présente différentes formes cliniques que nous allons rapidement passer en revue.

D'un côté nous trouvons les orchites avortées sans grande réaction locale, ni générale.

Le malade éprouve une sensation de poids, de tiraillement dans le testicule. Le toucher détermine des douleurs le long du cordon et bientôt apparaît du gonflement. En même temps l'écoulement urétral disparaît, les urines ne contiennent plus de pus et la prostate augmente de volume. Apparaît alors tout un cortège de symptômes généraux, fièvre, langue saburale, anorexie, constipation.

Spontanément ou sous l'influence du traitement les choses rentrent dans l'ordre ou elles étaient auparavant : diminution du testicule, douleurs de moins en moins violentes, urines purulentes, prostate redevenue souple.

Cette forme fréquente surtout chez le vieux prostatique astreint à la sonde se rencontre également chez les jeunes.

D'un autre côté nous trouvons les cas habituels c'est-à-dire ceux dans lesquels les symptômes locaux prennent une grande importance.

Chez ces malades la sensibilité des bourses et du testicule est plus grande. La constipation s'accompagne de douleurs dans les canaux inguinaux. Cet état qui dure un ou deux jours fait rarement défaut.

Le gonflement du cordon se propage vers le testicule en abandonnant les régions primitivement atteintes ; une fois l'épididyme atteint, il marche plus lentement. Le scrotum est le siège d'œdème, plus marqué au niveau du testicule. Le gonflement testiculaire est très variable ; ainsi que l'épanchement de liquide dans la vaginale.

La douleur rarement violente n'offre pas les irradiations habituelles dans l'orchite blennorragique. La peau du scrotum est peu rouge et peu tendue. Lorsque la tuméfaction est complète la douleur cesse et ne se réveille qu'au toucher.

Les phénomènes généraux varient suivant l'âge du sujet. Chez les jeunes prostatiques ils sont d'une faible intensité, rarement la fièvre dépasse 37° 5, ou 38 ; chez les vieux au contraire, les phénomènes généraux sont intenses, la fièvre monte à 38° 5, 39° et même 40° elle est accompagnée de tout son cortège habituel. Les douleurs sont très vives, le malade est dans la prostration, il a du délire et souvent l'issue est fatale.

L'orchite des prostatiques suit une marche ascendante et atteint son maximum au bout de trois ou quatre jours.

La terminaison a lieu de trois façons : Elle peut se faire par résolution et assez rapidement. — D'autres fois l'inflammation se localise et il se forme un abcès. Cet abcès peut occuper soit la tête de l'épididyme, soit le

pourtour du cordon (périorchite), ou bien enfin le testicule lui-même. Les deux premiers cas sont les plus bénins, le 3^e au contraire entraîne la perte du testicule. Enfin le troisième mode de termination de l'orchite des prostatiques est constitué par une décongestion testiculaire résultant d'évacuations nocturnes spontanées, abondantes, purulentes et striées de sang ; On n'y rencontre aucun spermatozoïde. Elles sont suivies quelquefois d'un soulagement brusque et considérable.

En résumé plus le malade est jeune et les phénomènes généraux moins accentués, plus la guérison est rapide.

Dans une troisième classe, nous ferons rentrer les orchites qui surviennent chez des prostatiques au cours d'infection généralisée. Cette forme est grave à cause des phénomènes généraux qui l'accompagnent et se rencontre surtout chez le vieillard. Le thermomètre ne donne guère que 38° 5 à 39° ; mais les forces déclinent, la langue est noirâtre ; les urines sont abondantes, peu chargées de pus et laiteuses. Le malade finit par succomber dans le coma par le fait d'accidents dits urémiques. A la fin les urines sont rares, brunâtres et fétides.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif de l'orchite des prostatiques sera facilement établi en se reportant aux conditions étiologiques dans lesquelles se trouve le malade.

Quant au diagnostic différentiel, il sera à établir avec l'orchite uréthrale type, qui en diffère d'abord par son étiologie. Nous savons en effet que cette orchite est surtout l'apanage des sujets jeunes, qu'elle est souvent consécutive à la blennorrhagie — que ses symptômes sont plus accusés — douleur vive irradiée aux lombes, à l'aîne, à la cuisse, exaspérée par les mouvements et le moindre contact ; tandis que chez le prostatique, la douleur est peu accusée. De plus dans l'orchite uréthrale type, l'épididyme et quelquefois la vaginale sont seules en cause, tandis que chez le prostatique, l'épididyme, le testicule et les tissus voisins sont intéressés. Dans l'orchite uréthrale les phénomènes généraux sont très marqués, ils sont presque insignifiants dans l'orchite des prostatiques.

Enfin l'orchite uréthrale se termine souvent par résolution lente, tandis que l'orchite des prostatiques se termine par résolution ou par suppuration du testicule, ou brusquement par évacuations abondantes par l'urèthre ou encore lentement par évacuations répétées.

Il faut encore établir le diagnostic avec les orchites

consécutives à des maladies générales. Dans ces cas les commémoratifs suffiraient au besoin.

L'orchite ourlienne (1) survient entre le 3^e et 7^e jour de la maladie, soit d'une manière insidieuse, soit après une fièvre de 40° à 41°. Elle se termine souvent par atrophie.

L'orchite variolique (1), le plus souvent bilatérale, est tantôt une épididymite tantôt une vaginalité, tantôt une orchite parenchymateuse.

L'orchite typhoïde survient à la période de déclin ou dans la convalescence de la maladie ; elle se termine souvent par résolution, quelquefois par suppuration ou atrophie.

Enfin reste à faire le diagnostic avec les orchites tuberculeuses ou néoplasiques. Les symptômes si spéciaux de ces deux variétés ne permettent pas l'hésitation.

Il en est de même pour l'orchite traumatique qui n'a aucune relation avec les orchites infectieuses.

(1) Bouilly, path. externe, iv^e volume.

PRONOSTIC

Il varie essentiellement suivant la forme de l'orchite des prostatiques en présence de laquelle on se trouve.

Ainsi le pronostic sera essentiellement bénin lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade dont l'orchite répondra à la première variété décrite, remarquable par la bénignité de ses symptômes, et guérissant avec un traitement simple et quelquefois spontanément.

Au contraire lorsque l'orchite des prostatiques revêt sa forme habituelle, avec phénomènes généraux, accentués, tendance à la suppuration, le pronostic est plus sombre pour l'avenir du testicule. Car nous savons que le pus, au lieu de former une collection bien nette, peut s'infiltrer dans tout l'organe, le désorganiser et le détruire. Le pus peut aussi se résorber en partie laissant persister sa partie solide sous forme de noyau dur et indolent. Si le chirurgien intervient à temps en ouvrant l'abcès les conséquences sont moins graves et la guérison peut être même plus rapide que dans les cas non suppurés.

Enfin si l'on se trouve en présence d'un vieillard profondément infecté avec une orchite répondant à la troisième forme décrite plus haut, le pronostic est des plus sombre, la mort étant la terminaison habituelle de ces cas.

TRAITEMENT

Il peut être prophylactique, abortif ou curatif.

1° *Traitement prophylactique.* — Il consistera surtout à empêcher les sujets atteints de dilatation persistante des cavités glandulaires avec stagnation des sécrétions dans les glandes génitales, d'infecter leur prostate et leurs vésicules séminales.

Pour cela les malades devront évacuer régulièrement leurs urines, dont on vérifiera souvent la composition.

En outre, suivant les conseils de Reliquet et Guépin (1), on évitera tout phénomène de congestion de la prostate et des organes voisins en maintenant le rectum constamment vide au moyen de lavements à 37° administrés avec la grande canule en gomme de Reliquet.

On assurera le repos absolu de tous les muscles expulseurs des liquides prostatiques au moyen de suppositoires calmants introduits dans le rectum.

On prescrira avantageusement le régime lacté, au moment des accidents aigus d'infection, le lait augmentant la quantité d'urine, et faisant disparaître par diurèse les dépôts d'acide urique, et facilitant l'expulsion des mucosités phosphatiques. Lorsque les accidents aigus auront

(1) Reliquet et Guépin, Les glandes de l'urèthre. t. II, p. 167.

disparu, on aura recours au régime mixte : lait comme boisson, viandes blanches et légumes verts non acides et bien cuits.

De temps en temps chez ces malades on favorisera l'évacuation de la bile par 15 grammes de sulfate de soude mélangés à 4 grammes de bicarbonate de soude.

Mais une précaution indispensable et capitale c'est d'assurer avec soin l'asepsie des cathétérismes chez les prostatiques, car c'est d'un cathétérisme septique que vient presque toujours le mal ; de même pour les grands lavages, instillations et en résumé toute manœuvre intra-urétrale.

2° *Traitement abortif*. Une fois l'orchite établie on peut essayer d'en enrayer la marche. Curling a proposé de donner du calomel ou du sulfate de magnésie, mais ce traitement est infidèle. Les applications d'extraît d'anémone, de gaïacol, d'onguent napolitain, de collargol ont été conseillées.

3° *Traitement curatif*. Il faudra d'abord entourer le malade des précautions décrites à propos de la prophylaxie. En outre, il faudra agir contre l'inflammation du testicule et de l'épididyme. Le malade gardera le lit dans le décubitus dorsal ; les bourses seront maintenues élevées à l'aide d'une planchette de carton concave vers le bord regardant le périnée.

On aura recours aux sangsues, aux cataplasmes chauds recouverts de taffetas gommé.

On surveillera la peau du scrotum à cause de sa tendance à devenir eczémateuse.

Les grands bains chauds quelquefois recommandés ont l'inconvénient de forcer à lever le malade ce qui soumet le cordon à des tiraillements fâcheux.

Enfin si la suppuration n'a pu être évitée, trois cas peuvent se présenter suivant le siège du pus : abcès le long du cordon (périorchite), abcès dans le testicule et l'épididyme et enfin abcès dans la vaginale.

Si l'abcès constitue ce que Guépin a appelé la périorchite, il faudra inciser sitôt la fluctuation perçue, et la guérison arrivera dans le cas le plus simple 4 à 5 jours après.

Si le pus siège dans le testicule et l'épididyme on incisera doucement, couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur le foyer purulent (on grattera, on détergera ce foyer, et, quand on aura débridé la tunique albuginée, les tubes séminifères tendront à sortir avec le pus, on les repoussera vers l'intérieur, après avoir reséqué la portion saillante au dehors. On évitera ainsi d'abolir complètement la fonction de l'organe. On fera ensuite des lavages et pansements antiseptiques.

Enfin, rarement il est vrai, on peut se trouver en présence de pus dans la vaginale. Dans ces cas graves, Reliquet et Guépin (1) conseillent la marche suivante : ouvrir la vaginale, y mettre un drain du point le plus déclive au sommet, et, par ce drain, faire quatre fois par jour des injections avec de l'eau phéniquée à deux ou quatre pour mille. Puis quand l'évacuation des grumeaux purulents a été complète, quand, à la sortie le liquide des injections a été clair, on fait des injections avec de l'eau

(1) Reliquet et Guépin. Les glandes de l'urèthre, t. 1, p. 223.

boriquée à 4^o/. En même temps on applique sur les bourses des compresses imbibées d'eau phéniquée ou d'eau boriquée dès que la peau s'irrite.

Reliquet et Guépin ont toujours vu guérir les suppurations de la vaginale par ce procédé.

Enfin dans certains cas rebelles, lorsqu'on soupçonne la présence d'abcès multiples il faut recourir à la castration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée par Desnos et Minot (*Ann. des maladies org. gén. ur.*
Tome XX — 1902).

M. Lh..., 67 ans.

Ne présente pas d'autres antécédents qu'une blennorrhagie vers l'âge de 20 ans ; s'est cru atteint de rétrécissement à 30 ans, et a été sondé vers cette époque. Douleurs rhumatismales depuis l'âge de 50 ans ; bronchite avec emphysème depuis l'âge de 5 ou 6 ans.

Il éprouve des difficultés mictionnelles depuis l'âge de 60 ans ; la fréquence nocturne est rapidement devenue grande. Le cathétérisme fait très irrégulièrement au début, a amené du soulagement et permit au malade de dormir 4 ou 5 heures sans ressentir le besoin d'uriner. Il est impossible d'avoir des renseignements sur la quantité d'urine retenue ; celle-ci paraît être restée limpide pendant longtemps ; tout à coup elle s'est infectée il y a un an ; les précautions d'asepsie du cathétérisme ont été sommaires.

Le malade est vu pour la première fois en décembre 1898 ; bonne santé générale, aucun signe de retentissement de l'infection urinaire sur les autres appareils. Il accuse des besoins d'uriner, fréquents, impérieux ; la nuit surtout, la miction est lente, le jet sans force. Le cathétérisme montre un canal libre, la traversée prostatique

longue et inégale ; la rétention est peu considérable ; les urines très troubles, chargées de filaments et de masses purulentes. Par le toucher rectal, prostate grosse, symétrique, peu douloureuse à la pression, sans ramollissement.

Décembre 1898. Malade non revenu pendant 1 an ; des évacuations régulières et des lavages boriqués quotidiens, nitrates hebdomadaires, ont amené une amélioration très grande ; les mictions sont beaucoup moins fréquentes, nullement douloureuses, les urines sont à peu près limpides.

Juin 1899. L'infection de la vessie a reparu, coïncidant avec une rigueur moins grande dans l'asepsie du cathétérisme ; les urines sont troubles et chargées de filaments.

Novembre 1899. Amélioration nouvelle après des lavages nitrates faits assez régulièrement, bien qu'ils soient l'occasion de douleurs assez vives.

Mai 1900. Les urines sont restées troubles et les douleurs persistantes ; le chlorure de zinc au 1/1000 remplace le nitrate et donne de bons résultats.

Septembre 1900. Congestion prostatique assez intense, glande grosse, dure, animée de battements, aucun point ramolli ; la rétention a augmenté et atteint à peu près 100 gr. ; les urines sont très purulentes.

Décembre 1900. Purulence des urines qui ne cède à aucun lavage, la prostate toujours douloureuse, semble ramollie sur un point. Etat général moins bon ; l'appétit diminue.

18 octobre 1901. Le malade qui vient d'être soumis à des lavages au nitrate d'argent, présente à la suite d'une marche longue, une épидidymite à gauche ; le début en est accompagné de vomissements, le toucher rectal amène l'expulsion d'une grande quantité de pus par l'urèthre. La prostate est tendue, grosse, et douloureuse.

21 octobre. Il y a amélioration dans l'état du malade ; cependant la température atteint 39°. Les urines sont assez claires, mais avec un dépôt purulent. Le cordon et l'épididyme sont gros et douloureux au côté gauche. Le toucher rectal montre une prostate grosse, élargie, lisse, tendue ; à gauche la pression détermine l'envie d'uriner.

25 octobre. Après quelques jours pendant lesquels la prostate paraît devenir moins grosse, le dépôt purulent des urines continue ; le cordon devient un peu plus gros et plus douloureux, bien que le testicule le soit un peu moins. Les jours suivants, le cordon devient moins douloureux, mais la tuméfaction épидидymo-testiculaire augmente ainsi que l'œdème des bourses du côté gauche. Le palper ne permet pas de distinguer les parties qui constituent cette tuméfaction ; la peau rougit et la tuméfaction paraît se ramollir. La température oscille entre 38° et 40°.

9 novembre. En présence des douleurs, de la tuméfaction et de l'œdème persistant, la castration est décidée et pratiquée en bloc du côté gauche, sans que l'on puisse pendant la dissection de cette tumeur reconnaître exactement les parties qui la composent. En même temps le cordon à droite étant un peu douloureux, la résection en est pratiquée.

11 novembre. La température tombe à 37°6 dès le lendemain de l'opération ; le pansement renouvelé contient une petite quantité de pus.

15 novembre. La température est restée entre 37° et 37°8 ; la suppuration établie par le drain est peu considérable, toute douleur a disparu.

21 novembre. Le drain est retiré ; les douleurs spontanées sont à peu près nulles ; le cordon reste un peu gros et sensible à la pression. L'état général, bien qu'amélioré, reste précaire, ce qu'expliquent l'infection vésicale et prostatique et très probablement l'infection rénale. La température ne s'est plus élevée.

4 décembre. Le malade quitte Paris pour passer l'hiver à Beaulieu : l'état local est excellent ; il persiste un petit trajet fistuleux à la partie inférieure du scrotum, mais la suppuration est insignifiante, l'état général est médiocre. Vers la fin de décembre, la suppuration des voies supérieures paraît avoir été plus abondante. La plaie scrotale se ferme complètement, mais l'état général s'affaiblit peu à peu, et le malade succombe au commencement du mois de mars sans avoir présenté d'autres phénomènes locaux.

Examen macroscopique. Les parties enlevées comprennent le testicule gauche et toutes ses enveloppes altérées sauf le scrotum ; le tout forme une masse dure et informe au pôle supérieur de laquelle le canal déférent pénètre avec les vaisseaux du cordon. Sur une coupe verticale antéro-postérieure on reconnaît successivement : 1° Une couche œdémateuse, située en avant de la vaginale, épaisse d'environ 7 à 8 millimètres, blanche à striation parallèle à la vaginale. Un seul détail y est perceptible, c'est la direction de cette striation qui semble due à la fibreuse commune. 2° La vaginale, qui contient environ 30 grammes de liquide hémorragique. Les parois de la cavité apparaissent teintées en brun par l'infiltration sanguine sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres, et de près de un centimètre au niveau du cul-de-sac supérieur au-dessous de la tête de l'épididyme. La teinte rougeâtre s'atténue de la surface de la séreuse vers les parties profondes. La surface est tomenteuse, irrégulière, molle. Entre la vaginale et le testicule, zone blanchâtre, régulière de 1 millimètre environ, d'aspect fibreux, qui se continue avec les travées intra-glandulaires, et qui représente l'albuginée épaissie.

3° Le testicule ; son volume n'est pas modifié. On y voit surtout, dans les deux tiers inférieurs, trois cavités suppurées, occupant presque toute la glande ; d'autres coupes verticales montrent qu'il y a en réalité 5 ou 6 abcès inégaux, remplis de pus épais et verdâtre. Le tissu fibreux du testicule apparaît partout très épaissi.

Du corps d'Highmore partent des cloisons divergentes qui vont se continuer à l'albuginée et présentent les mêmes modifications que celle-ci. L'épaississement est surtout marqué à la partie supérieure, non suppurée ; au voisinage des abcès, on ne peut plus distinguer de travées fibreuses à l'œil nu ; les abcès paraissent entourés par le tissu propre du testicule. Ces épaississements semblent, au pôle supérieur, pencher entre les tubes séminifères, qui sont plus éloignés les uns des autres que dans l'état normal.

4° Le testicule paraît soudé, en arrière, à une masse d'aspect fibreux, épaisse de 2 à 3 centimètres, dans laquelle il est difficile de distinguer les organes de passage. Cependant, on peut isoler le canal déférent jusque vers la partie moyenne du testicule ; dans la moitié inférieure, on le voit sur les coupes, mais adhérent intimement au tissu inflammatoire, de même que les veines du cordon béantes et à parois épaissies. On ne peut isoler l'épididyme, dont le canal est sectionné plus au moins obliquement par les coupes frontales.

5° La tête de l'épididyme est, au contraire, facile à reconnaître, sous la forme d'un cordon blanc, épais d'un centimètre, courbé en V, dont les fourches sont séparées par un peloton graisseux. Les extrémités des deux branches se perdant dans les parties fibreuses, que nous avons décrites, sans qu'on en voie la continuité avec le corps d'Highmore ni avec le corps de l'épididyme.

En résumé, l'examen à l'œil nous montre donc : une vaginalité hémorragique à parois peu épaisses, des abcès testiculaires ; l'épaississement du tissu fibreux testiculaire, l'épaississement des parois épидидymaires et du tissu cellulaire qui l'entoure, au point de former avec lui un bloc inflammatoire sans suppuration.

Examen microscopique. 1° Coupe portant sur la paroi des abcès. — On y reconnaît que ceux-ci sont creusés parmi les tubes séminifères en partie détruits ; les tubes voisins de l'abcès sont séparés par de vastes dépôts de globules de pus avec amas de cocci ; ceux qui s'en éloi-

gnent ne sont, au contraire, séparés que rarement par des amas de leucocytes ; leur lumière est obstruée par les cellules desquamées, et l'on ne retrouve l'apparence de la structure normale que dans les tubes de la région postérieure du testicule, loin des abcès.

2° Coupe portant sur le cul-de-sac postérieur de la vaginale — On y reconnaît : 1° sur le testicule, des lésions chroniques : épaissement des cloisons fibreuses et de l'albuginée, sclérose des parois des vaisseaux ; 2° sur la vaginale testiculaire, les couches suivantes : en dedans, couche d'aspect fibrineux avec énormes dépôts de globules rouges, irrégulièrement répartis ; plus en dehors, cette couche d'aspect fibrineux, mais avec globules rouges plus rares ; plus en dehors, couche fibreuse qui est l'albuginée avec amas de leucocytes entre ses faisceaux ; de même sur la vaginale pariétale, mais les couches les plus externes y sont absolument infiltrées de leucocytes. Nulle part, il n'y a abondance de vaisseaux de nouvelle formation.

Cette coupe permet donc de voir des lésions scléreuses chroniques du testicule, et les lésions d'une vaginalité hémorragique à ses débuts.

3° Coupe passant par la tête de l'épididyme. La lumière des canaux y apparaît de place en place, étouffée dans le tissu infiltré d'œdème chronique ; ces canaux ne sont plus revêtus d'épithélium.

Cette observation diffère notablement de la description commune. Dans la vaginale se trouvait non pas un épanchement séreux ou purulent, mais un contenu hémorragique, sans épaissement notable de ses parois : une vaginalité hémorragique de date récente. Pathogénie expliquée par lésions scléreuses anciennes constatées sur le testicule.

OBSERVATION II

Orchite par cathétérisme chez un prostatique. — Castration. — Anatomie pathologique des lésions épидидymo-testiculaires.

(Marcel BASSUET).

J. M..., entre à l'Hôtel de Reims parce qu'il ne peut plus marcher. C'est un petit vieux de 54 ans, domestique de culture, le plus souvent batteur en grange ; fort amaigri, pâle, vasculo-scléreux et dont l'âge médical serait bien plutôt 60-62 ans que 54. Son passé pathologique, n'offre rien d'intéressant jusqu'à ces dernières années, notamment du côté des organes génito-urinaires. Mais il y a trois ans, sans que rien le puisse faire prévoir, le malade éprouve petit à petit une difficulté croissante d'uriner en même temps que ses mictions devenaient plus fréquentes et plus abondantes surtout la nuit, le début et la fin de l'émission étant particulièrement pénibles.

Un médecin consulté alors lui conseilla de se sonder de temps en temps, tous les huit jours environ. Mais au bout de quelques mois, comme il commençait à uriner par regorgement, il dut renouveler plusieurs fois par jour le cathétérisme, et, depuis cette époque, il se sonde régulièrement.

Toute complication semblait à peu près évitée, lorsque trois ou quatre mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade vit survenir des troubles du côté de la parole et de la marche. Il hésitait en parlant, cherchait ses mots, avait de la difficulté à les prononcer ; en même temps il était pris fréquemment de vertiges giratoires et sa démarche devenait chancelante.

Peu à peu, ces troubles s'accrochèrent et s'accompagnèrent de douleurs vives dans les membres inférieurs, qui souvent étaient contracturés. Quant aux membres supé-

rieurs, ils étaient pris du *tremblement intentionnel*, caractéristique de la sclérose en plaque; c'est dans cet état que le malade entra à l'hôpital. Notons qu'il n'a aucun trouble oculaire, (ni hystagmus, ni paralysie musculaire, ni myosis). Son embarras de parole est très grand et ses réponses très lentes. Enfin du côté de l'appareil génito-urinaire on peut, par le toucher rectal, sentir une prostate dont les deux lobes sont uniformément hypertrophiés, sans irrégularités. Le cathétérisme, qui est nécessaire, ramène des urines abondantes, troubles, mais ne contenant ni sucre, ni albumine.

On porte le diagnostic de sclérose en plaque chez un polyscléreux.

Le malade étant obligé de se sonder plusieurs fois par jour, on lui recommande d'observer toutes les précautions nécessaires à l'asepsie des cathétérismes. Cependant après quelques mois de séjour à l'hôpital, exactement le 13 octobre 1902, il est soudain pris de fièvre en même temps que ses bourses deviennent le siège d'une vive inflammation. En quelques jours (18 octobre) la douleur s'accroît, le testicule est augmenté de volume et sa palpation qui est rendue très difficile par la douleur permet de soupçonner, grâce à une certaine résistance, un amas purulent testiculaire. Néanmoins, on ne trouve pas d'épanchement dans la vaginale.

Le 21, la fièvre est à 39°2 et le cathétérisme est très douloureux. Le 23, on fait passer le malade dans le service de notre maître le docteur Guelliot, qui, portant le diagnostic d'orchite par cathétérisme, fait élever les bourses et les entoure de glace. Le 25, un abcès vient s'ouvrir sur la partie latérale du scrotum à gauche.

On songe à pratiquer l'incision, mais soupçonnant, à cause du volume énorme du testicule et de sa consistance variable suivant les endroits, la présence d'abcès multiples, on essaie de temporiser afin de décider le malade à subir la castration. Après bien des refus on parvient à obtenir son consentement à l'apparition d'une seconde fistule (le 20 octobre).

Notons qu'au cours de cette orchite, le malade n'a pas eu de ces éjaculations abondantes signalées par Guépin et les auteurs.

30 octobre. On pratique la castration du côté gauche, après avoir insensibilisé localement le malade par quelques injections de solution de cocaïne.

L'incision des enveloppes des bourses ne laisse écouler aucun épanchement ni séreux, ni sanguin : les deux feuillets de la vaginale sont en effet adhérents l'un à l'autre et leur intimité est telle, qu'en enlevant le testicule et l'épididyme on est obligé de réséquer une partie de la cloison.

On place deux ligatures de catgut au cordon et après avoir laissé dans la cavité des bourses un petit drain, on fait une suture profonde en U et une superficielle par un surget en crin. Le pansement est renouvelé cinq jours après l'opération en même temps que le drain est retiré. La réunion est complète le 16 novembre, soit en 17 jours, au bout desquels le malade retourne dans un service de médecine. Nous l'avons revu le 15 février allant aussi bien que possible. Il continue à se sonder régulièrement 3 à 4 fois par jour, sans souffrance.

Examen macroscopique. — Nous n'aurions pu faire l'examen macroscopique du testicule sans en pratiquer la section. En effet, il est de toutes parts adhérent à la vaginale très œdématisée elle-même, si adhérent à la cloison que, ainsi que nous l'avons relaté, celle-ci dut être sectionnée et en partie réséquée avec la vaginale, — ce qui nous permet de voir le testicule droit au cours de l'opération.

Nous avons donc partagé en deux portions à peu près égales toute la tumeur enlevée, scrotum, vaginale, testicule. Ceci nous permet de voir un scrotum très épaissi (4 à 6 millimètres d'épaisseur au niveau du testicule, 4 mill. au niveau du cordon).

Entre le scrotum et la vaginale, une couche œdémateuse d'une épaisseur variant de 6 à 10 millimètres ;

quant aux deux feuillets de la vaginale, ils sont soudés l'un à l'autre : nous ne trouvons par conséquent pas trace d'épanchement.

L'albuginée, elle aussi, est épaissie.

Le testicule est augmenté dans la proportion de $\frac{1}{3}$ environ ; il est le siège de trois abcès — 2 à la partie moyenne et le troisième à la partie inférieure. Il semble, comme dans le cas de Desnos et Minet que, macroscopiquement, ils soient entourés par le tissu propre du testicule.

L'épididyme ne peut être isolé, il forme bloc avec tout ce qui l'entoure. La tête, cependant, qui a environ 1 centimètre de diamètre, peut être suivie sur une longueur de 3 centimètres à la partie supérieure du testicule.

On ne peut pas la suivre davantage. Quant au canal déférent, il a été sectionné très haut ainsi que les veines qui l'entourent : celles-ci sont très flexueuses et très dures, et le cordon tout entier se confond avec le tissu fibreux péritesticulaire, dès 25 à 30 millimètres, au-dessus du testicule. A partir de cet endroit, il n'en peut plus être isolé.

Examen microscopique.— 1° *Au niveau du cordon*, il y a de l'endartérite chronique très marquée, des leucocytes dans la lumière des veines et quelques nodules inflammatoires périvéineux. Le canal déférent est intact. En somme, lésions très minimes sauf l'artérite.

2° *Au niveau de l'épididyme*, il y a une sclérose interstitielle marquée, mais l'intégrité complète des tubes eux-mêmes dont l'épithélium est intact, pourvu de cils vibratils normaux et dont la lumière est libre de tout élément cellulaire. Il y n'a en un mot pas trace de pus dans la lumière du canal. Par contre, il y a des leucocytes dans la lumière des veines et des trainées lymphangiotiques périveineuses.

3° *Au niveau du testicule*, les tubes séminifères sont complètement étouffés par la sclérose ou détruits par la

suppuration. — Il y a de vastes régions sclérosées avec artérite chronique, au milieu desquels on trouve des abcès représentés par des amas considérables de polynucléaires. Ces abcès n'ont aucune systématisation qui puisse faire supposer qu'ils sont tubulaires.

OBSERVATION III

Prostatite sénile (2^{me} période). Foyer infectieux prostatogénital ; orchite.

(D^r GUÉPIN)

M. G..., 72 ans, atteint de prostatite sénile au deuxième stade de l'évolution des accidents (dilatations glandulaires, avec produits stagnants infestés de sclérose périglandulaire); je passe la sonde deux fois par jour pour vider sa vessie et urine seul dans l'intervalle. Le début des accidents remonte à dix années et le cathétérisme régulier est fait depuis plus de deux ans.

On m'appelle auprès de lui le 1^{er} octobre 1894, surtout en raison des difficultés du cathétérisme. Ce malade est semi-comateux après avoir été délirant. La langue est sèche et noirâtre ; il y a des râles de bronchite dans toute la poitrine ; la vessie est peu dilatée. La température atteint dans l'aisselle 39°.

La prostate est très volumineuse avec des saillies glandulaires demi-molles dont la compression chasse au méat un pus infect et sanguinolent. Elle paraît également sensible dans tous les points. Les bourses sont tuméfiées, il y a orchite double.

Sonde à demeure, lavements évacuatifs, suppositoires, régime lacté.

Dans la nuit, le malade retire sa sonde par où s'écoulait lorsqu'on enlevait le fosset, toutes les trois heures environ, très peu d'urine chargée à odeur forte, à réac-

tion alcaline. Elle est remplacée presque immédiatement.

Dans les jours qui suivirent la mise en place de la sonde à demeure, se montra un très abondant écoulement urétral, refluant en grande partie dans la vessie et coïncidant avec le dégonflement prostatique et l'amélioration de l'état général. En même temps les orchites disparaissaient graduellement.

Au bout de quelques jours (16 octobre) le malade était revenu à son état primitif ; il faut dire alors qu'étant allé faire un voyage en province, il éprouva, après un écart de régime, une grande difficulté à introduire la sonde, le domestique qui le suivait partout, habitué à cette petite opération ne fut pas plus heureux. Un confrère appelé passa une fois, puis ne passa plus. Et le malade, au prix de grands efforts, émettait un peu d'urine à de fréquents intervalles quand la fièvre le prit, le délire se manifesta et son domestique prit sur lui de le ramener de suite à Paris.

M. G. avait toujours depuis des années, un abondant écoulement urétral, cet écoulement s'était arrêté lorsque débutèrent les accidents, il reprit et persista après leur guérison. La bronchite disparut en même temps que les symptômes d'infection générale et pendant un an le malade put paraître à l'abri d'une rechute. Matin et soir il passait une sonde demi-molle à bécuille, évacuait sa vessie, la lavait avec une petite quantité d'eau boriquée, lavait aussi l'urèthre en retirant la sonde. Bien que M. Reliquet eût conseillé jadis au malade de ne pas uriner sans la sonde et que pareille recommandation lui eût été faite bien des fois pendant les années 1896 et 1897, il ne voulut jamais consentir à prendre cette précaution. Il ne quittait point le régime lacté et avait repris ses conditions de vie habituelles. Mais la prostate restait volumineuse, la compression digitale amenait au méat du mucopus ; l'écoulement urétral restait tel.

En *novembre 1895*, nouvelle menace d'infection générale, c'est encore pour les difficultés du cathétérisme

que je suis appelé. Les bourses sont encore de nouveau tuméfiées, les testicules et les cordons sensibles. La rougeur intense de la peau dans un point bien limité près de la tête de l'épididyme droit qui est très sensible peut faire craindre un abcès.

Purgation, sonde à demeure, etc. Trois jours après, l'amélioration est certaine, la sonde à demeure a pu être retirée, mais le malade n'est pas autorisé à uriner seul, ce qu'il a cependant fait à quelques jours de là. Demandé encore une fois, je replaçai la sonde à demeure : j'instituais de suite les soins réguliers indispensables, le régime, et la situation redevint peu à peu ce qu'elle était dans le courant de 1895.

Les bourses sont pendantes, les épидидymes volumineux, sans induration ni sensibilité, la prostate remplie de dilatation glandulaire.

Ces trois poussées de généralisation infectieuse, loin d'avoir démontré à M. G. la nécessité des soins de tous les instants semblèrent le décider au contraire à les négliger. Il recommença à uriner seul dans la journée tout en lavant incomplètement sa vie matin et soir. Il renonça aux lavements au moins à leur emploi régulier.

J'appris sa mort pendant le printemps de 1896 (avril) et son domestique vint me faire savoir que des accidents analogues à ceux qui ont été décrits plus haut, s'étaient montrés brusquement cinq jours avant le décès. La sonde passait mal, il y avait de la fièvre, de la somnolence, de la constipation, du gonflement des bourses. M. G... refusait de prendre les aliments. Le malade et son entourage qui savaient que j'allais imposer la sonde à demeure, l'évacuation de la vessie toutes les trois heures, l'injection immédiate d'un peu d'eau boriquée après chaque évacuation, les lavements, le lait coupé à doses fractionnées, etc., ne comprenant point la nécessité de ces minuties, crurent devoir attendre, et quand ils se décidèrent à consulter un confrère, il était alors impossible de combattre efficacement cette quatrième manifestation du foyer infectieux prostatogénital.

OBSERVATION IV

Prostatite blennorrhagique chronique, orchite gauche (D^r GUÉPIN).

M. K. . . , âgé de vingt ans, vient me consulter le 12 février 1896, pour un écoulement chronique, rebelle, succédant à une blennorrhagie. Il éprouve, en outre, une sensation de pesanteur au périnée ; les urines contiennent quelques filaments. Par instants, il ressent au-dessous du pubis, une véritable douleur que la marche ou la station debout prolongée exagèrent. Les mictions sont fréquentes (toutes les 3 ou 4 heures), et le malade est parfois obligé de se lever la nuit pour uriner. Quant à l'écoulement, il est peu abondant, blanc, jaunâtre et ne se constate que le matin au réveil ; une grosse goutte occupe l'urèthre en arrière du méat.

On a essayé pendant longtemps les grands lavages de l'urèthre et de la vessie avec différents antiseptiques. L'écoulement est resté le même et la vessie devient de moins en moins tolérante.

Examen. Méat étroit, haut placé sur le gland ; spasme de la région membraneuse ; prostate volumineuse et molle, sillon médian effacé. Il se présente au méat une goutte de sécrétion prostatique légèrement jaune ; la vessie ne se vide pas.

Le débridement du méat est fait le lendemain avec toutes les précautions habituelles. L'écoulement augmente d'abondance et le trouble des urines s'accroît notablement.

Le 16 février 1896 ; la prostate est à peu près revenue sur elle-même ; la pression du doigt n'amène plus rien à l'extérieur ; les urines sont encore troubles ; rhum créosoté à 1‰, une cuillerée à café par jour.

Le 18 février ; la vessie se vide complètement ; la douleur suspubienne et la pesanteur périnéale ont disparu ;

le malade marche toute la journée (par le fait de sa profession), sans fatigue locale comme il en éprouvait auparavant ; il redoute toutefois les sièges mous et est effrayé de voir que ses urines contiennent encore des filaments.

Le 20 février ; léger traumatisme du testicule gauche dans la journée ; le soir gonflement notable du *cordon et des bourses du côté gauche*, sans grande induration ; presque pas de douleurs ; pas de fièvre. De nouveau, pesanteur périnéale et besoins fréquents d'uriner ; lavements tièdes, suppositoires calmants, enveloppement compressif des bourses, repos au lit.

Le 24 février ; le gonflement a atteint son maximum : le testicule et l'épididyme très sensibles à la pression, paraissent également intéressés ; il n'y a pas de douleurs spontanées.

Dans la nuit qui suivit, le malade dit avoir eu une éjaculation (qui n'a pas pu être examinée) ; mais à partir de ce moment, il ne souffrit plus et le gonflement disparut en quelques jours.

Les filaments des urines persistèrent encore, moins nombreux, il est vrai, pendant 15 jours environ. Je revois le malade un mois après. Il n'accuse plus aucun symptôme morbide, a repris ses habitudes (le coït en particulier), est revenu à un régime normal et se considère comme guéri.

OBSERVATION V

Prostatite sénile avec rétention d'urine (2^e période). Orchite.

(D^r GUEPIN)

M. de M..., 78 ans, qui depuis près de deux ans a tous les signes fonctionnels de l'hypertrophie sénile de la prostate, est pris de rétention dans les premiers jours de décembre 1895. Les douleurs sont très violentes, bien que

la vessie soit peu distendue, la prostate est volumineuse, avec de grosses bosselures très fermes, très douloureuses à la pression.

Dans le passé du malade, aucune blennorrhagie annoncée, les fièvres en Algérie à différentes reprises ; nul autre antécédent morbide. M. de M... est un vieillard d'apparence très robuste, d'une grande sobriété, menant une vie active.

L'urèthre est libre, une sonde demi-molle à béquille permet l'écoulement de 12 centimètres cubes d'urine environ ; en raison des douleurs qui persistent, de l'état de la prostate, nous fîmes toutes réserves sur la possibilité d'un néoplasme masqué par une poussée inflammatoire.

La famille du malade s'opposa au placement de la sonde à demeure ; on fait donc un cathétérisme régulier, environ toutes les trois heures et demie. Les urines restent très claires ; il n'y a pas de fièvre ; les douleurs diminuent ; la prostate est moins sensible et moins dure ; la pression du doigt chasse du muco-pus du méat. Tout cela fut obtenu en 8 jours.

Le malade est perdu de vue pendant une semaine. On me rappelle, la sonde ne passant plus facilement et les besoins d'uriner se rapprochant sans cesse. M. de M... a de la fièvre, de l'inappétence, du ballonnement du ventre, une orchite droite avec peu de gonflement et de douleur, peu de rougeur de la peau. Le testicule et l'épididyme sont empâtés, le cordon également, ces accidents ont débuté insensiblement dans la nuit.

J'insiste sur l'antisepsie dans le cathétérisme (que je surveille pendant quelques jours). Purgation saline, compression et élévation des bourses, etc..., régime lacté mitigé. En somme, retour aux prescriptions antérieures et exécution sévère de tous les soins indiqués.

Dès le lendemain la fièvre tombe ; mais les urines, claires jusqu'au moment où apparut l'orchite, et malgré la présence d'un écoulement urétral peu abondant, sont troubles et restent telles pendant plusieurs jours. L'écoulement reprend peu à peu, très purulent et en grande

quantité. Le premier jet d'urine par la sonde en est fortement chargé ; le toucher rectal de la prostate en provoque également la sortie. Le testicule et l'épididyme ne sont plus douloureux, mais ils ne revinrent qu'insensiblement à leur volume primitif.

Environ trois semaines après, le malade qui n'est point autorisé à uriner sans la sonde, doit la passer toutes les six ou sept heures, jour ou nuit ; il ne souffre plus ; le cathétérisme est facile, les urines sont normales d'aspect et de quantité. La santé générale est excellente.

Je ne le vois plus à partir de cette époque, mais il est encore actuellement vivant et valide.

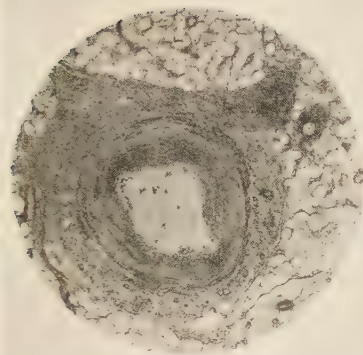


Fig. 1. Cordon,

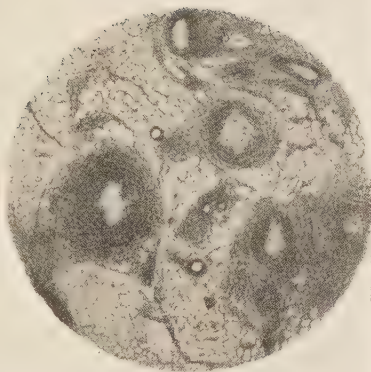


Fig. 2. Cordon

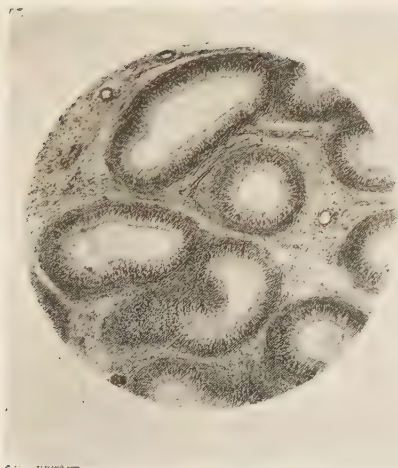


Fig. 3. Epididyme.

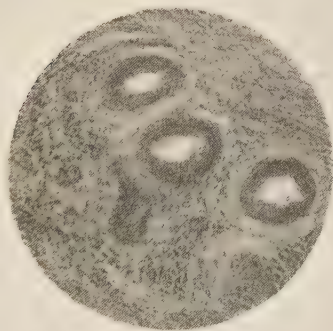


Fig 4. Testicule.

CONCLUSIONS

Nous tirerons de l'étude que nous avons faite de l'orchite des prostatiques les conclusions suivantes :

I. L'orchite des prostatiques est celle qui résulte des accidents inflammatoires funiculo-orché-épididymaires ayant leur origine dans une affection aiguë ou chronique de la prostate.

II. Elle se rencontre chez tous les malades jeunes ou vieux atteints, à un titre quelconque, d'infection prostatique, et chez qui les sécrétions prostatiques infectées se déversent dans l'urètre.

III. Le terrain éminemment propre au développement de l'orchite des prostatiques est rencontré surtout chez les sujets lymphatiques.

IV. Les conditions favorables à l'infection de la glande prostatique sont constituées par la stagnation dans la prostate des liquides glandulaires. Cette stagnation se complique d'hypersécrétion et de dilatation de la glande. La blennorrhagie, le traumatisme, la tuberculose, le cancer ne sont que des causes occasionnelles produisant l'infection sur un terrain préparé par les modifications anatomopathologiques qui viennent d'être décrites.

V. On a successivement invoqué les théories de la propagation de la métastase, la théorie réflexe, la théorie du spermatocele, de la lymphangite funiculaire, de la phlébite des veines du cordon pour expliquer la patho-

génie de l'orchite des prostatiques ; mais ces théories ont le tort d'être trop exclusives. Or, si l'anatomie pathologique désormais précise, montre que dans certains cas (Desnos et Minet) (1) l'infection a pu se faire directement de l'urèthre au testicule, par le canal déférent, dans d'autres cas (Guelliot) (2) elle s'est manifestement faite soit par la voie veineuse, soit plus certainement par la voie lymphatique, les déférents ayant été réséqués. Les examens pathologiques pratiqués par Bassuet démontrent que dans tous les cas l'infection suit ordinairement la voie lymphatique.

VI. La description des symptômes montre trois formes différentes de l'orchite des prostatiques :

1^o Forme bénigne, se terminant par résolution.

2^o Forme ordinaire terminée par résolution ou par évacuations de pus lentes ou brusques avec complication fréquente de périorchite suppurée.

3^o Forme très grave par l'intensité de ses phénomènes généraux, terminée par la mort, chez le vieillard profondément infecté. Cette forme de l'orchite ne serait qu'un épiphénomène de l'infection généralisée.

VII. Le traitement de l'orchite des prostatiques sera d'abord :

1^o *Prophylactique*, et s'adressera aux malades atteints de dilatation persistante des cavités glandulaires avec stagnation des sécrétions dans les glandes prostatiques. Il aura pour but d'éviter tout phénomène de congestion de la prostate et des organes voisins, favorisera le repos

(1) Desnos et Minet.

(2) Guelliot. Bulletin de société de chirurgie. Séance 9 avril 1902.

des muscles expulseurs, des liquides prostatiques, et soumettra les malades au régime des prostatiques.

2° *Abortif*. On essaiera dans ce but l'administration de purgatifs, des sangsues le long du cordon et des enveloppements chauds.

3° *Curatif*, qui comprendra les précautions indiquées au traitement prophylactique et en outre le traitement local habituel de l'orchite. Si la suppuration n'a pu être empêchée, on se conduira diversement suivant que l'abcès est seulement le long du cordon (périorchite) ou dans le testicule ou dans la vaginale.

VU : *le Président de Thèse*,
A. JOFFROY.

VU : *le Doyen*,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bassuet.** — Quelques considérations sur la pathogénie de l'orchite par cathétérisme. (Union médicale du N.-E. Avril 1902).
 Orchite par cathétérisme chez un prostatique. Castration. Anatomie pathologique. (Bull. Société anatomique. Avril 1903).
- Bouilly.** — Manuel de pathologie externe (IV^e vol.).
- Boyer.** — Traité des maladies chirurgicales. 1826, p. 118.
- Castex.** — De l'orchite par effort. (Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1891, p. 558).
- Curling.** — Maladies du testicule. Trad. Gosselin. 1857, p. 227.
- Delorme.** — De l'orchi-épididymite prétendue par effort. Thèse Paris, 1877.
- Desnos et Minet.** — Étude sur l'orchite des prostatiques (Annales des maladies des organes génito-urinaires. Août 1902).
- Duplay.** — De l'orchite par effort. (Arch. gén. de médecine. 1876, t. II, p. 353).
- Eroud et Hugonnencq.** — Ann. maladies org. gén.-urinaires. 1893, p. 403.
- Follin et Duplay.** — Pathologie externe, 1888. Article Orchite, T. VII, p. 277.
- Guépin.** — Le foyer infectieux prostatogénital. (Tribune médicale, 28 octobre 1896).
 Orchite des prostatiques. (Tribune médicale, 26 février 1896).
 Prostatite blennorrhagique subaiguë. (Trib. méd. 18 mars 1896).
 Les écoulements urétraux providentiels. (1893, Paris, Goupy et Maurin, éditeurs).
 Périorchite suppurée circonscrite. (Tribune médicale, 19 janvier 1898).
 Rechute et récidence de l'orchite des prostatiques. (Tribune médicale, 23 septembre 1898).
- Guépin et Lozé.** — Orchite des prostatiques. (Gaz. des Hôpitaux, 19 février 1898).
- Guelliot.** — Pseudo-orchite par effort. (Ann. mal. org. gén.-urinaires. 1889, p. 620).
 Ligatures et resection des déférents dans l'hypertrophie de la prostate. (Union méd. N. E. Décembre 1895).
 Bull. soc. chirurgie (Séance du 9 avril 1902).
- Legrain et Legay.** — Sur un cas d'urétrite sans gonocoque avec complications d'épididymite. (Ann. des mal. org. génito-urinaires, 1891, p. 141).
- Lozé.** — Thèse Paris 1897.
- Macaigne et Vauverts.** — Etiologie et pathogénie des orchi-épididymites aiguës. (Ann. mal. org. gén. urinaires. 1893, p. 673).
- Mauriac.** — Etude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite, etc. (Gaz. méd. de Paris. 1863 et 1870).